

# **Questionario sobre Accidentes de Automobiles**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente \_\_\_\_\_ Estado de l Accidente \_\_\_\_\_

1. Era usted el chofer o pasajero? \_\_\_\_\_
2. En que parte del vehiculo estaba usted sentado? \_\_\_\_\_
3. Tenia usted su cinturon puesto? Si - No Estaba el vehiculo equipado con la correa desde el hombro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Estaba el reclinador de cabeza ajustado? Si - No \_\_\_\_\_
5. La posicion de su asiento estaba directo (90 grados o reclinado)? \_\_\_\_\_
6. Cual fue el mecanismo del golpe (por detras, por el lado o de frente)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Hubo un golpe secundario por ejemplo ( otro carro, una curva, barrera etc.)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Estaba usted preparado para el golpe ?Si - No \_\_\_\_\_
9. En que direccion estaba su cabeza o cuerpo virada cuando recibio el golpe? \_\_\_\_\_
10. Si tenia lentes o sombrero puesto, donde quedaron despues del golpe? \_\_\_\_\_
11. Se golpeo alguna parte de su cuerpo con el interior del auto? (Que parte y donde) \_\_\_\_\_
12. Perdio el conocimiento? Si - No Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
13. Fue atendido por un Paramedico? Si - No \_\_\_\_\_
14. Fue llevado al hospital? Si -No Cual hospital? \_\_\_\_\_  
Si fue al hospital: Por ambulancia o otro medio de transportacion? \_\_\_\_\_  
Le tomaron placas? Si -No Que partes del cuerpo? \_\_\_\_\_  
Fue admitido al hospital toda la noche? Si-No \_\_\_\_\_  
Le dieron algun tipo soporte ortopedico o brace? Si- No \_\_\_\_\_  
Le dieron algun medicamento o receta ? Si -No Que tipo? \_\_\_\_\_  
Que instrucciones recibio cuando fue dado de alta? ( No trabajar , descanso, cuidado en su casa, volver, ejercicios, ect.) \_\_\_\_\_
15. Ha recibido otro cuidado medico desde el accidente? Si-No \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor o Clinica \_\_\_\_\_  
Cuando consulto? \_\_\_\_\_  
Tratamiento recicibo \_\_\_\_\_  
Otro Doctor o Clinica \_\_\_\_\_  
Cuando Consulto? \_\_\_\_\_  
Tratamiento recibido \_\_\_\_\_
16. Ha recibido algun tipo de pruebas diagnosticas desde este accidente (MRI, Catscan, o pruebas en los huesos o placas? \_\_\_\_\_
17. Ha usado tratamientos en su casa? (Panos calientes, Medicamentos, o Masaje. Etc)?  
Le trabajaron estos tratamientos? \_\_\_\_\_
18. Ha tenido otros accidentes o golpes antes de este? Si-No Cuando? \_\_\_\_\_
19. Ha perdido tiempo de trabajo? Si- No Desabilidad Total Temporaria Desde cuando \_\_\_\_\_  
Hasta cuando \_\_\_\_\_ Desabilidad permanente, desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_